Erlangen
Lane Medical Library
1936

Beitrag zur Mastitisbehandlung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Hohen Medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Walter Bausewein

aus Wiesentheid.

Tag der mündlichen Prüfung: 29. Mai 1936

Bamberg 1936.

Buchdruckerei Johann Nagengast.

Referent: Prof. Dr. Lüttge.

Dekan: Prof. Dr. Jamin.

In der vorliegenden Abhandlung wurde folgende Disposition durchgeführt:

Historik der Seifenanwendung in der Medizin.

Technik der Seifenbäder.

Verlauf der Mastitis und

ihre bisherige Behandlung.

Wirkung der Seifenbäder

a) Allgemeinwirkung heißer Vollbäder

b) spezifische Wirkung durch den Zusatz der Schmierseife.

Resultate.

Literaturnachweis.

Seit 3 Jahren werden in der Staatl. Entbindungsanstalt, Hebammenschule und Frauenklinik Bamberg, die inzidierten Mammaabscesse mit Seifenbädern nachbehandelt. Da uns diese Therapie Ausgezeichnetes zu leisten scheint, sie an anderen Kliniken in der Form unseres Wissens nicht angewendet wird, auch in der Literatur über Seifenbehandlung von Mastitis nichts zu finden ist, sollen hier die Gründe unseres Handelns und die Technik zusammengefaßt und veröffentlicht werden.

Seifenbäder werden in der Volksmedizin seit alters bei Entzündungen („Fingerwurm" usw.) — ohne vorhergehende Inzision! — angewendet. Sie vermindern durch die aktive Hyperämisierung die Gewebsspannung und wirken dadurch schmerzberuhigend. Auch in der Therapie der alten Ärzte finden wir die Seife wieder; im Seifenpflaster als erweichendes, „ziehendes" Pflaster, im Seifenspiritus zum Einreiben bei Erfrierungen und rheumatischen Schmerzen, als Schmierseife bei der Behandlung der Knochen und Lungentuberkulose. In all diesen Fällen wird durch die äußere Anwendung eine bessere Durchblutung und damit eine Förderung des Heilungsprozesses erwartet.

Auf den Gedanken, auch Mammaabscesse nach ihrer Spaltung mit Seifenbäder weiterzubehandeln, brachte uns aber in erster Linie das Beispiel der Chirurgen, die seit langem und vielfach auch heute noch eröffnete Panaritien fleißig in Seifenwasser baden lassen.

Die Technik unseres Vorgehens ist dabei folgende: 1 bis 2 Tage nach der Inzision und weiter bei jedem folgenden Verbandwechsel — gewöhnlich alle 2 Tage — nehmen die Patientinnen ein warmes Vollbad. (Um während der Rückbildungszeit des Genitale eine Kontaktinfektion sicher zu vermeiden, werden in den ersten 3 Wochen nach der Geburt nur Teilbäder gegeben.) Dem Bad wird eine gute Hand voll Schmierseife zugesetzt. Verwendet wird dabei die gewöhnliche Schmierseife — Sapo Kalinus venalis, die aus etwa 40 % Fettsäuren und Kalilauge hergestellt wird und der eine geringe Menge Natronlauge zugesetzt ist. Diese dicke, weiche, zähschlüpferige gelbbraune oder grünliche Masse wird gründlich im heißen Wasser verrieben. Die Frauen bleiben etwa 20 bis 30 Minuten im Bad und erhalten den Auftrag von Zeit zu Zeit für etwas Bewegung des Wassers über der Wunde zu sorgen. Nach dem Bade wird in der ersten Zeit ein kleiner Gazestreifen in die Wunde eingelegt, um ein vorzeitiges Verkleben der Wundränder und damit eine Sekretverhaltung in der Absceßhöhle zu verhindern. Darüber kommen einige Schichten Verbandwatte, die zuvor in 1:1000 Rivanollösung eingetaucht und mäßig ausgedrückt werden. Später wird die Verbandwatte trocken aufgelegt. Drains werden nach Möglichkeit ganz vermieden, um Gewebsschädigungen durch Druck vorzubeugen. Können Drains bei großen Abscessen nicht entbehrt werden, so werden diese doch schon möglichst nach dem 1. oder 2. Verbandwechsel weggelassen.

Mit dieser Behandlungsart glauben wir unsere Erfolge in der Mastitistherapie sowohl hinsichtlich der Behandlungsdauer als auch hinsichtlich der funktionellen und kosmetischen Resultate wesentlich verbessert zu haben. Den schlüssigen Beweis für diese Annahme zu führen ist natürlich ungeheuer schwer, da gewissermaßen jeder einzelne Fall unter seinen besonderen Bedingungen steht und somit in einer Statistik nicht ohne weiteres zu vergleichen ist — abgesehen davon, daß hinterher nicht zu sagen ist, wie nun die Heilung bei einer anderen Therapie vor sich gegangen

wäre. Wir sind deshalb weitgehend auf unseren persönlichen Eindruck und eine grobe Gegenüberstellung einiger Statistiken angewiesen.

Um die Überlegungen näher erläutern zu können, von denen aus wir zu der heute sicherlich wenig geübten Nachbehandlung der abscedierten Mastitiden mit Schmierseifenbädern gekommen sind, sei es gestattet, hier kurz auf die Vorgänge bei dieser Erkrankung einzugehen. Bei unseren Patientinnen der letzten 3 Jahre handelte es sich überwiegend um eitrige Einschmelzungen (— nur diese interessieren uns im vorliegenden Tema —) nach Brustdrüsenentzündungen im Wochenbett. Mastitiden während der Schwangerschaft treten auch in unserem Material in Übereinstimmung mit den Erfahrungen aller Autoren dagegen fast vollkommen zurück. Außerhalb der Fortpflanzungsperiode sind Brustdrüsenentzündungen überhaupt ein seltenes Ereignis.

Die schmerzhafte Anschwellung und Druckempfindlichkeit des ganzen Organs während der Pubertät haben unter gewöhnlichen Umständen mit einer Mastitis im eigentlichen Sinne gar nichts zu tun. Sie gelangen deshalb auch nie zur Einschmelzung. Mammaabscesse in der Neugeborenenzeit sind dagegen nicht so selten. Sie kommen aber für die Seifenbäderbehandlung nicht in Frage, da die Haut des Säuglings hierfür viel zu empfindlich ist.

Die Infektion der Brustdrüse erfolgt gewöhnlich von Verletzungen und Schrunden der Mammille aus, wie sie ja durch das Sauggeschäft in anbetracht der Zartheit der Mammillen nur zu leicht möglich sind. Auf diesen Schrunden und Fissuren sind stets Infektionserreger nachweisbar. Von hier aus gelangen die Keime entweder direkt über die Lymphbahnen (interstitielle Mastitis) oder entlang der Milchgänge in das Organ (parenchymatöse Mastitis). Die hämatogene Metastasierung von anderen Infektionsherden tritt gegenüber diesen beiden Möglichkeiten an Häufigkeit entschieden zurück. Ob eine wirkliche Entzündung durch

Sekretzersetzung bei Milchstauung („Milchfieber") möglich ist, ist noch ein ungelöstes Problem, jedoch fördert die Stauung zweifellos das Wachstum der durch die Milchgänge eingewanderten Bakterien, die sich ungestört vermehren können ohne von Zeit zu Zeit ausgeschwemmt zu werden. (Dehalb ist neben der Sauberhaltung der Brüste zwischen den Stillgeschäften und ihrer Abhärtung schon während der Schwangerschaft ihre regelmäßige und gründliche Entleerung trotz der Schmerzen infolge der Schrunden die beste Prophylaxe. Nötigenfalls kann man durch eine anästhesierende Salbe oder durch ein aufgesetztes Saughütchen die Beschwerden beim Stillen vermindern, oder man setzt das Kind ganz ab und entleert durch eine Milchpumpe.)

Gelingt es durch diese Maßnahmen und Eisbeutel beim ersten Erscheinen der Schmerzen und Infiltration nicht in 2 bis 5 Tagen eine Entfieberung herbeizuführen, so wächst die Wahrscheinlichkeit der Einschmelzung mit der Zahl der Fiebertage. Schmerzhafte Spannung, Druckempfindlichkeit und Fieber bleiben bestehen und im Verlauf von wenigen Tagen ist mit den tastenden Fingern eine Fluktuation nachweisbar. Jetzt sollte möglichst bald eingeschnitten werden, um dem Eiter freien Abfluß und dem Gewebe Entspannung zu verschaffen. Leider kommen nicht alle Frauen, wohl aus Furcht vor dem Messer oder von guten Freundinnen und alten Ammen falsch beraten, so zeitig in ärztliche Behandlung. Solche verschleppten Mastitiden zeigen häufig nur mehr eine geringe Temperaturerhöhung. Der Absceß kann in diesen Fällen nach außen oder in große Milchgänge durchbrechen, gelangt aber nur selten spontan zur Ausheilung. Meist eitern die Fisteln weiter, es bilden sich neue Abscesse, so daß dann doch noch eingegriffen werden muß.

Darüber, ob die Schnitte möglichst tief und lang, oder kurz und schonend geführt werden sollen, gehen die Ansichten der Chirurgen und Geburtshelfer weit auseinander. Erstere verlangen 10 bis 15 cm lange, breite Eröffnung und ausgiebiges Anlegen von Gegeninzisionen von allen Buch-

ten aus. Die Geburtshelfer versuchen möglichst mit kleinen Schnitten auszukommen, räumen die Höhle aus, d. h. durchtrennen die Wände zwischen den verschiedenen Einschmelzungsherden, so daß keine Absceßkammern stehen bleiben. An der Staatl. Entbindungsanstalt Bamberg sind wir meist mit 3 bis 4 cm langen Schnitten ausgekommen, von denen aus mit dem Finger in die Absceßhöhle eingegangen und alles morsche Gewebe durchtrennt werden konnte. Gegenschnitte wurden nur bei besonders großen Höhlen angelegt und da, wo so geschnitten werden mußte, daß ein freier Abfluß nicht gewährleistet war. Durch dieses schonendere Vorgehen bezwecken wir neben kosmetischen Erwägungen ein möglichstes Erhalten gesunden Gewebes aus funktionellen Gründen für die spätere Stillfähigkeit. (Betreffen doch über die Hälfte aller Mastitiden Erstgebärende!) Beim Anlegen solcher kleiner Schnitte verlassen wir uns wesentlich auf die unterstützende Wirkung der Seifenbäder in der Nachbehandlung. Von 30 so behandelten Fällen mußte wohl bei 8 ein 2. Mal und davon wieder ein 3. Mal bei 4 Patientinnen eingeschnitten werden, aber solche wiederholten Abscedierungen lassen sich auch bei breitestem Eröffnen nicht vermeiden. Ich darf hier zur Bestätigung H. Klose und W. Sebening in der Chirurgie von Kirschner-Nordmann anführen: „Nur ausnahmsweise ist die infektiöse Mastitis mit der spontanen oder operativen Entleerung eines isolierten Abscesses abgetan. Vielmehr kommt ihr in der Regel ein ausgesprochen protrahierter Verlauf zu, der durch nacheinander sich bildende und topographisch mannigfach, aber planvoll lokalisierter Eiterherde gekennzeichnet ist.“ Rechnet man aber die Verpflegstage vom Eintritt ins Krankenhaus bis zur Entlassung zusammen, so kommen wir bei unseren abscedierten Fällen auf 14,8 Tage, — sicher ein schönes Ergebnis! Eine Vergleichsstatistik aus den Marburger Anstalten vom Jahre 1902 ergibt 25,9 Gesamtverpflegungstage bei einfacher chirurgischer Behandlung. Steichele gibt die Verpflegungstage in seiner Veröffentlichung 1922 bei Vuzinbehandlung mit 26 Tagen an, wobei er noch erwähnt, daß von den 20 behandelten Patientinnen

9 auf Wunsch vorzeitig entlassen werden mußten. Zu ähnlichem Ergebnis kommt Bäcker mit der Rivanolbehandlung, der abschließend feststellt, daß „die Rivanolbehandlung der Mastitis keine wesentliche Bereicherung unseres therapeutischen Könnens" ist. Ein weiterer großer Nachteil gerade dieser Punktions- und Injektionsmethoden aber ist ihre größere Schmerzhaftigkeit, die ganz erhebliche Anforderungen an die Patientinnen stellt. Und gerade das wird jeder Arzt seinen Kranken ersparen wollen, die eben erst die Anstrengungen der Schwangerschaft und die Strapazen der Geburt hinter sich haben und nun eine Mastitis durchmachen müssen, die an sich schon eine der schmerzhaftesten Erkrankungen ist. Wir bleiben deshalb mit guten Gründen bei der operativen Eröffnung der Absceßhöhle wo möglich in kleiner Rauschnarkose und geben anschließend Seifenbäder, die den chirurgischen Eingriff in den folgenden Tagen aufs beste unterstützen.

Der therapeutische Effekt der Seifenbäder resultiert aus der allgemeinen Wirkung der heißen Bäder und der spezifischen der Schmierseife. Im heißen Bad verspürt der Mensch schon in gesunden Tagen ein wohliges Gefühl im ganzen Körper — alle Spannungen sich förmlich lösen. In noch viel höherem Grade empfinden natürlich die Kranken, die durch die Schmerzen und schlaflosen Nächte vor der Einschmelzung und durch die Furcht vor dem chirurgischen Eingriff gewissermaßen verkrampft sind, diese wohltuende Auflockerung des ganzen Menschen. Weiterhin ruft die lokale Wärmeeinwirkung — die außerdem an sich schon schmerzlindernd wirkt! — eine aktive Hyperämie hervor und schafft durch die bessere Durchblutung günstige Heilungsbedingungen. Wahrscheinlich werden die Bakterien auch durch diese Wärmehyperämie direkt geschädigt, wenigstens fand Scheffer in seinen Experimenten, daß die Bakterien im Gewebe weniger und schwächer färbbar werden. Jedoch soll nicht über 40 Grad Celsius hinausgegangen werden, da höhere Temperaturen auch offen liegendes Gewebe zu schädigen vermögen. In den ersten Wochen nach der Geburt bleiben wir wegen der Gefahr der Nachblutung sogar gerne unter 36 Grad.

Betrachten wir nun die Wirkung der dem Bade zugesetzten Schmierseife. Durch den Seifenzusatz wird zunächst rein mechanisch die Reinigung der Wunde wesentlich unterstützt. Nach dem Bade ist die Wunde vom schmierigen Belag und Eiter gut gereinigt, das Granulationsgewebe liegt in schönem frischen Rot vor uns. So kommt man nicht in die Verlegenheit durch Abtupfen oder gar Abstreifen das Wundgebiet noch besonders säubern zu wollen. Diese Manipulationen bergen auch bei größter Vorsicht immer die Gefahr in sich, daß infektiöse Keime in die Haut und das Gewebe einmassiert werden und so einem Wunderysipel Vorschub geleistet wird. Eine stärkere Desinfektion durch die Schmierseife — die in 5% Lösung eine ausgesprochen keimtötende Wirkung hat — ist bei der angewendeten Verdünnung nicht anzunehmen. Immerhin mag die keimschädigende Eigenschaft der Schmierseife sich mit der Schädigung der Bakterien durch die Wärmehyperämie im heißen Bad summieren. Bei weitem wesentlicher erscheint dagegen das Auslösen einer lebhaften Wundsekretion durch die Seifenbäder. Zum besseren Verständnis der Vorgänge sei hier ganz kurz auf das Wesen der Entzündung von chemisch-physikalischen Gesichtspunkten aus eingegangen:

Im Entzündungsherd steigern soloid wirkende Substanzen den Stoffwechsel bis zur Gewebseinschmelzung und Autolyse des Eiters. Durch den gesteigerten Abbau treten molekular- bezw. ionendispers lösliche Stoffe auf, die zu einer osmotischen Hypertonie des Gewebes führen. Der Lösungsdruck steigt dabei von 7,5 bis 7,9 Atmosphären normal auf 8 bis 11, in extremen Fällen bis 19 Atmosphären (nach Schade). Mit diesem gesteigerten Turgeszensdruck lassen sich zwanglos die Schmerzen durch Irritierung der Nervenendungen und die verschlechterte Blutzirkulation durch mechanische Behinderung zunächst des venösen und dann auch des arteriellen Blutkreislaufes erklären. Im schlechter durchbluteten Gewebe werden hinwiederum die giftigen Abbauprodukte schwerer entfernt. Diesen Zirkulus vitiosus durchbricht der Chirurg, indem er dem Gewebe Entlastung mit dem Messer verschafft.

Gleichzeitig wird aber auch im entzündeten Gewebe eine Verschiebung des H-OH Verhältnisses zur sauren Seite hin gefunden. Und hier schafft das schwach alkalisch reagierende Seifenbad die nötige Kompensation. Da Abweichungen vom normalen H-OH Verhältnis nach Schleich, Braun und anderen ebenfalls Schmerzen verursachen, ist es verständlich, daß nach diesem Ausgleich durch das Seifenwasser die Patientinnen nach den Bädern stets eine Linderung der Schmerzen betonen.

Durch die Reizwirkung der freien Alkali im Schmierseifenbad wird die Sekretion über das normale Maß, wie es durch das Druckgefälle an den Wundrändern gegeben ist, gesteigert. Es ist wohl anzunehmen, daß diese sekretionsfördernde Wirkung der Alkali über die eigentliche Zeit des Bades hinaus anhält. Denn einerseits wurde von Goldmann gezeigt, daß das Granulationsgewebe speichernde Eigenschaften besitzt, andererseits wiesen Z. Stary und P. Mahler nach, daß gerade die Alkali sich zur Speicherung eignen.

Bei dieser Therapie: Schonende Inzision, Ausräumen abgekapselter Absceßkammern und Seifenbädernachbehandlung war es in den letzten Jahren an unserer Anstalt in keinem Fall nötig, zu der ausgedehnten Aufklappung der ganzen Brustdüse nach Bardenheuer oder gar zur totalen Ablatio zu greifen. Schließlich glauben wir auf die abgekürzte Heilungsdauer und auf eine spezifische resorptionsbefördernde Wirkung der Schmierseife eine geringere Wucherung und spätere Induration des Bindegewebes in der Narbe zurückführen zu können. Die Tatsache, daß gerade die Narben der Mamma zu einer gewissen keloidartigen Überentwicklung neigen, verleiht diesem Faktor erhöhte Bedeutung. Davon abhängig ist wieder eine bessere Erhaltung der Funktion der Brust, die durch die narbige Induration des Drüsenkörpers und die Verzerrung und Abknickung der Ausführungsgänge bei einer späteren Laktation in ursprünglich oft nicht übersehbarem Maße herabgesetzt wird. Besonders dankbar aber sind die Patientinnen für die bessere Kosmetik der zarten weichen Narben.

Zusammenfassung:

Seit wir an unserer Anstalt die Mammaabscesse nach ihrer Spaltung mit Schmierseifenbäder nachbehandeln, glauben wir in unserer Mastitistherapie bedeutend bessere Erfolge zu haben. Wir kommen mit kleineren Schnitten als früher aus, ohne daß wir in erhöhtem Maße eine 2. und 3. Abscedierung erleben würden. Die Wunden werden durch die Schmierseifenbäder gut gereinigt, die Stase und die Schmerzen im entzündeten Gebiet durch lebhafte Sekretion rasch beseitigt und die Heilungsdauer dadurch abgekürzt. Seit dieser Behandlung haben wir eine geringere bindegewebige Wucherung und spätere Induration in der Narbe und dadurch bessere funktionelle und kosmetische Resultate.

Literaturnachweis.

Bäcker, Erfahrungen über Rivanolbehandlung der Mastitis. Zbl. f. Gyn. 1923 Nr. 31.

Boedicker, Die Mastitis in der Marburger Entbindungsanstalt in den Jahren 1885—1902. Inaug.-Diss. Marburg 1902.

Bumm, Grundriß zum Studium der Geburtshilfe. Verlag Bergmann 1905.

Clairmont, Die Chirurgie der Brustdrüse — Lehrbuch der Chirurgie der Klinik Eiselsberg. Verlag Jul. Springer 1930.

v. Jaschke, Die weibliche Brust. Halban Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes. Verlag Urban Schwarzenberg 1926.

Klose u. Sebening, Die Chirurgie der Brustdrüse — Kirschner-Nordmann, Die Chirurgie. Verlag Urban Schwarzenberg 1930.

Meyer-Gottlieb, Experimentelle Pharmakologie. Verlag Urban Schwarzenberg 1933.

Schade, Die Physikalische Chemie in der inneren Medizin. Verlag Steinknopff 1923.

Steichele, Über die Behandlung der Mastitis mit Vuzin. Zbl. f. Gyn. 1922 Nr. 27.

Stöckel, Lehrbuch der Geburtshilfe. Verlag G. Fischer 1935.

R. von den Velden u. P. Wolf, Handbuch der praktischen Therapie. Verlag Joh. Armbr. Barth 1927.

Lebenslauf.

Ich wurde geboren am 16. März 1910 in Wiesentheid, einem Marktflecken in Unterfranken, als Sohn des prakt. Arztes Dr. Otto Bausewein. Dort besuchte ich 4 Jahre die Volksschule, später die Gymnasien in Lohr, Würzburg Neues Gymnasium, Kitzingen, Würzburg Altes Gymnasium, Bamberg Neues Gymnasium und machte im März 1929 das Abitur am Alten Gymnasium in Bamberg. Die vorklinischen Semester studierte ich in Würzburg und wurde bei der Turnerschaft aktiv. In den klinischen Semestern studierte ich in Wien, Innsbruck, München, Würzburg und Freiburg, wo ich am 18. Dezember 1934 das Staatsexamen machte. Während meines praktischen Jahres arbeitete ich 5 Monate an der Entbindungsanstalt, Hebammenschule und Frauenklinik in Bamberg unter Herrn Prof. Lüttge, 4 Monate an der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses in Bamberg unter Herrn Priv.-Doz. Müller und 3 Monate an der Kreisheilanstalt Dortmund-Aplerbeck unter Herrn Medizinalrat Pohlmann.

Walter Bausewein.